Ein Fall

von

periodisch recidivierender

Oculomotoriuslähmung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr C. v. Liebermeister

o. ö. Professor der Medizin und Vorstand der medizinischen Klinik

der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Wolfgang Stock

approb. Arzt aus Bönnigheim.

Tübingen 1898.

Verlag von Franz Pietzcker.

BUCHDRUCKEREI G. SCHNÜRLEN IN TÜBINGEN.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552309_0206

Seit Möbius im Jahre 1884 in einer längeren Abhandlung (1) auf die periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung aufmerksam gemacht hat, sind über diese Krankheitsform viele und ausführliche Arbeiten veröffentlicht worden.

Es sei mir gestattet, den übrigen Beobachtungen einen Fall von recidivierender Oculomotoriuslähmung, der in der medizinischen Klinik in Tübingen während $2^1/_2$ Jahren beobachtet und mir von Herrn Prof. Liebermeister zur Veröffentlichung übergeben wurde, hinzuzufügen.

Christian Jordan, 22 Jahre alter Bauer aus Unterschlechtbach OA. Welzheim, wurde zum erstenmale am 2. März 1895 in die medizinische Klinik aufgenommen.

Anamnese: Der Vater des Kranken ist an Lungenentzündung gestorben, die Mutter lebt und ist gesund, ebenso seine einzige Schwester. Nervenleiden oder ähnliche Erkrankungen seien in der Familie nicht vorgekommen. Für Lues oder Tuberkulose sind keine Anhaltspunkte vorhanden. In seinem 8. Lebensjahr hat der Kranke Scharlach durchgemacht.

In der Schule habe er öfters Kopfschmerzen gehabt. Diese steigerten sich seit 1889 bedeutend. Die Schmerzen kamen alle 3—4 Wochen; dabei musste er sich zu Bett legen, weil er sich sehr schwach fühlte; zugleich stellte sich heftiges Erbrechen ein.

Im Jahre 1891 habe er zum erstenmale bei einem Kopfwehanfalle das linke Augenlid einen Tag lang nicht mehr heben können im Anschluss daran habe er 2 bis 3 Tage doppelt gesehen, dann haben sich diese Erscheinungen wieder vollständig verloren.

Bis vor $^1/_4$ Jahr wiederholten sich die Anfälle von Kopfschmerzen alle 3 Wochen, die Lähmungen am linken Auge kamen immer nur je beim 2. Anfall, also alle 6 Wochen. Seither traten sie bei jedem Anfall auf.

Der Kranke beschreibt einen Anfall folgendermassen: Es entstehen langsam stechende Schmerzen im Kopf, welche links tief hinter das linke Auge lokalisiert werden. Dieselben haben ihren Höhepunkt nach 2 Stunden erreicht. Dabei stellt sich häufiges Erbrechen ein.

Dann kommt die Lähmung des linken Auges, die in zwei Tagen vollständig ausgebildet ist. Allmählich geht das Auge wieder auf: solange es nicht ganz geöffnet werden kann, sieht er Doppelbilder. Im Laufe von 8 Tagen hat sich früher alles wieder so weit zurückgebildet, dass man an dem Auge nichts mehr sah und er selbst gar keine Beschwerden mehr hatte. Seit 1/4 Jahr aber wird das Auge nicht mehr ganz normal.

Status praesens, 2. März 1895.

Kräftiger Mann in bestem Ernährungsstand. Auf dem linken Auge besteht Ptosis. Bewegungen des Auges sind nur nach aussen und nach aussen unten möglich. Die Pupille ist links weit und reagiert nicht auf Lichteinfall. Beim Sehen mit dem linken Auge müssen die Gegenstände ziemlich nahe an das Auge gebracht werden. Mittlerer Druck kann mit Mühe gelesen werden in einer Entfernung von 22 cm. Am rechten Auge besteht keine Störung. Im Gebiet der übrigen Gehirnnerven ist nichts Abnormes zu konstatieren.

Die Untersuchung der Lungen und des Herzens ergiebt durchaus normale Verhältnisse. Die Leber- und Milzdämpfung sind nicht vergrössert. Der Urin ist frei von Zucker und Eiweiss.

Es wird verordnet: Sol. Kalii jodati: 10 : 200 3mal, tägl. ein Esslöffel.

5. März: Der Augenspiegelbefund ist rechts und links normal. Auf Lichteinfall reagiert heute die linke Pupille ein wenig, das Augenlid kann etwas gehoben werden.

10. März: Die Bewegung des oberen Augenlids ist bedeutend besser. Auch die Augenbewegungen nach innen und unten sind in geringem Grade ausführbar. Der Kranke sieht doppelt.

15. März: Das obere Lid kann jetzt gut gehoben werden. Die Bewegungen des linken Auges sind ziemlich frei, nach oben und unten jedoch nicht so gut möglich. Die Pupillenreaktion ist schwach.

19. März: Der Kranke hat starkes Kopfweh. Die Lähmungen sind wieder aufgetreten. Auf dem linken Auge besteht Ptosis und geringer Grad von Exophthalmus. Die Pupille links reagiert nicht mehr.

Es wird mit Jodkalium ausgesetzt.

25. März: Der Anfall hat sich gebessert. Der Kranke hat kein Kopfweh mehr.

3. April: Links ist nur noch geringe Ptosis vorhanden, die Pupillenreaktion ist angedeutet. Die Bewegungen des linken Bulbus nach innen sind nicht beschränkt, dagegen noch etwas nach oben und unten.

9. April: Der Kranke verlässt heute die Klinik.

II. Aufnahme am 24. April 1895.

Anamnese: Vor 3 Tagen bekam der Kranke wieder heftige Kopfschmerzen auf der linken Seite. Zugleich sank das obere Augenlid links vollständig herab.

Status praesens: Das linke Auge ist vollständig geschlossen, die linke Pupille ist reaktionslos. Das linke Auge ist nur nach aussen und nach unten aussen beweglich. Wenn der Kranke sich anstrengt, kann er die Lidspalte links etwas öffnen.

6. Mai: Die Lähmungserscheinungen sind wieder etwas zurückgegangen; die Bewegung des linken Bulbus nach innen ist ziemlich gut möglich, nach oben und unten nicht; links ist leichte Ptosis vorhanden.

14. Mai: Der Kranke bekommt heute wieder plötzlich auf der linken Seite heftige Kopfschmerzen. Das linke obere Augenlid ist etwas herabgesunken.

15. Mai: Sämtliche Lähmungserscheinungen am linken Auge sind wieder vorhanden.

29. Mai: Die Untersuchung der Augen durch Herrn Dr. Grunert, Assistenzart an der Augenklinik, ergiebt normalen Augenhintergrund beiderseits. Auf dem linken Auge ist auch die Accomodation gelähmt.

3. Juni: Der Kranke vermag seit einigen Tagen das linke Auge wieder etwas zu öffnen. Es ist jedoch immer noch ein leichter Grad von Ptosis vorhanden. Auch die Bewegungsfähigkeit der gelähmten Augenmuskeln hat sich gebessert.

6. Juni: Letzte Nacht, 11 Uhr, erwacht der Kranke plötzlich infolge von Kopfschmerzen. Während der Nacht und des heutigen Tags erbrach er mehreremale schleimige, gallig gefärbte Massen. Der Appetit ist ganz verschwunden.

7. Juni: Bis heute morgen hat sich die Oculomotoriuslähmung links wieder vollständig ausgebildet.

Verordnung: Phenacetin 0,5 abends, Bromkalium 2,0 pro die.

9. Juni: Die Kopfschmerzen haben nachgelassen.

10. Juni: Die Kopfschmerzen haben aufgehört.

12. Juni: Der Kranke kann das linke Augenlid etwas heben, so dass ein kleiner Teil des Bulbus sichtbar wird.

17. Juni: Der Kranke kann jetzt unter Mitwirkung der Musculus frontalis das linke Augenlid etwa bis zur Mitte des Bulbus heben. Die Bewegung nach unten ist jetzt in leichtem Grade möglich, ebenso die nach innen, während die nach oben nur andeutungsweise geschehen kann. Die linke Pupille ist mittelweit und zeigt keine Spur von Reaktion auf Lichteinfall. Beim Lesen mittlerer Druckschrift mit dem linken Auge muss dieselbe etwa auf 20—25 cm vor das Auge gehalten werden. Beim Sehen mit beiden Augen treten gekreuzte Doppelbilder auf. Im Gebiet des Trigeminus ist bei einer sorgfältigen Sensibilitätsprüfung keine Spur von Störung nachzuweisen. Links ist noch leichter Grad von Exophthalmus und etwas vermehrte Thränensekretion.

18. Mai: Der Kranke verlässt heute die Klinik. Er erhält 5 Pulver Phenacetin 0,5 mit, um sie während des Anfalls zu verbrauchen.

III. Aufnahme am 21. Juli 1897.

Anamnese: Der Kranke hat zu Hause die Phenacetinpulver ohne Erfolg verbraucht. Anfangs seien die Anfälle etwa alle 3 Wochen gekommen, er habe auch zwischen zwei Anfällen das Auge immer wieder etwa 8 Tage lang öffnen können. Im März 1896 ist das Auge nach einem Anfall nicht mehr aufgegangen und seither immer geschlossen geblieben. Seit dieser Zeit seien auch in Bezug auf den Kopfschmerz die freien Pausen kürzer geworden: er trete alle 14 Tage auf. Die Anfälle selbst haben sich nicht verschlimmert, sie dauern wie früher 2—3 Tage. Seit 1 Jahr zucken die Lider des linken Auges.

Status praesens: Patient ist kräftig gebaut und in gutem Ernährungsstand. Am linken Auge besteht vollständige Ptosis, auch bei stärkster Anstrengung kann das obere Augenlid nur 1 mm gehoben werden. Die linke Pupille ist erweitert; sie reagiert nicht auf Lichteinfall. Die Untersuchung von Lunge und Herz ergiebt normale Verhältnisse. Der Urin ist frei von Eiweiss und Zucker.

Verordnung: Sol. Kalii jodati 10 : 200, 3mal täglich einen Esslöffel.

22. Juli: Die Untersuchung der Augen durch Herrn Dr. Grunert in der Augenklinik ergiebt folgendes: Links besteht leichte Protrusio. Das linke Auge steht in 30—40 ° Divergenzstellung und ein wenig nach unten abgewichen. Mit äusserster Anstrengung kann das Auge bis zur Mittellinie gebracht werden. Eine Beweglichkeit nach aussen ist vorhanden, nach oben unmöglich, nach unten ein wenig mit positiver Raddrehung. Links Blepharitis marginalis, Conjunctivitis. Die Cornea ist klar, die Pupille mittelweit, starr. Der ophthalmoskopische Befund ist normal. Links besteht Myopie 4. Rechts normale Verhältnisse, keine Beweglichkeitsstörung. Die Pupille reagiert auf Licht und Convergenz.

R. V. 5/5 Jäger 1 auf 14—35 cm.

L. V. 5/15 (—4) Jäger 2 auf 22—25 cm.

Patient sieht gekreuzte Doppelbilder, das Bild des linken Auges steht höher als das des rechten. Das obere Ende des Bildes des linken Auges ist dem Bilde des rechten Auges zugeneigt. Die Seitendifferenz wächst beim Blick nach rechts, die Höhendifferenz beim Blick nach oben, ebenso die Schiefstellung der Bilder zu einander. Beim Fixieren mit dem linken Auge steht das rechte nach oben und aussen.

Herr Professor Liebermeister bespricht am 24. Juli den Fall in der Klinik. Es ist darüber in der Krankengeschichte folgendes aufgezeichnet: Der Kranke hat eine vollständige

Oculomotoriuslähmung. Trochlearis und Abducens sind nicht gelähmt. Eine solche Oculomotoriuslähmung kommt zuweilen zugleich mit einer Hemiplegie der andern Seite zusammen vor und ist dann, namentlich wenn beiderlei Störungen gleichzeitig aufgetreten sind, auf eine Läsion im Pes pedunculi zu beziehen. Von einer Hemiplegie ist in diesem Falle nichts vorhanden. Der Kranke war früher schon aufgenommen mit derselben Affektion; da damals an die entfernte Möglichkeit gedacht wurde, dass Lues die Ursache sein könnte, so erhielt er Jodkalium. Die in der Folge eintretende Besserung zeigte sich jedoch nur als vorübergehend, und es traten bald unter starken Kopfschmerzen und Erbrechen die früheren Erscheinungen wieder auf. Es handelte sich also in diesem Falle um eine sogenannte periodische Oculomotoriuslähmung. Diese periodische Oculomotoriuslähmung ist übrigens seit $1^1/_2$ Jahren eine dauernde Lähmung geworden, seither kann der Kranke sein linkes oberes Augenlid nur ein Minimum mit Hilfe des Musculus frontalis erheben, und ebenso sind die vom Oculomotorius versorgten Muskeln des Augapfels sowie der Sphincter Iridis gelähmt. — Die Theorien dieser periodischen Oculomotoriuslähmung sind noch sehr mangelhaft. Gewöhnlich ist das Auftreten dieser Lähmungsanfälle mit Kopfschmerzen verbunden, und man hat sie deshalb schon mit Migräneanfällen verglichen. Damit ist leider wenig gewonnen, weil auch die Pathogenese der Migräne noch dunkel ist. Die Einen erklären die periodische Oculomotoriuslähmung durch eine periodische Contraction der den Nerven versorgenden Gefässe und davon abhängige Anämie des Nerven, die andern durch periodische Hyperämie. In den wenigen Fällen, die zur Sektion gekommen sind, hat man schon entzündliche Exsudate und Neubildungen gefunden. Man kann sich bei einem solchen Befund einen Wechsel in der Ausdehnung der Exsudate oder der Neubildung denken, und damit wären Druckschwankungen möglich, die dann das periodische Auftreten der Lähmungserscheinungen möglicherweise erklären dürften.

Im folgenden lasse ich die Fälle von periodischer Oculomotoriuslähmung, die ich in der Litteratur gefunden habe, in kurzem Auszuge folgen:

Die erste Beschreibung eines Falles von periodischer Oculomotoriuslähmung ist von Gubler (2) aus dem Jahre 1860: Ein Mann, der in Zwischenräumen von mehreren Jahren an Lähmung des rechten Oculomotorius litt, die nach mehreren Wochen von selbst wieder verschwand, wurde zum viertenmale befallen. Der ganze Oculomotorius war gelähmt, vielleicht auch der Abducens rechts, letzteres wurde nicht konstatiert. Es trat dann Coma ein, und der Kranke starb. Die Obduktion ergab ein plastisches Exsudat, das den ganzen Oculomotorius umgab und nach mehreren Seiten Adhäsionsstränge ausschickte. Im Pons war ein kleines Blutcoagulum.

Der 2. Fall ist von Gräfe (3): Ein Mädchen erlitt in ihrem 3. Lebensjahr eine Verletzung an der Stirne. Nach einigen Monaten trat Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel auf und daneben vollständige Oculomotoriuslähmung. Der Zustand dauerte ein halbes Jahr und verschwand dann. Nach einigen Monaten kehrte die Symptomengruppe wieder. Später wurden die Pausen länger. Gräfe glaubt, dass durch den Sturz eine Verletzung an der Basis cranii entstanden sei und dadurch ein Entzündungsprodukt, das durch periodische Schwellung und Volumzunahme auf den Oculomotorius drücke.

Der 3. Fall ist von Saundby (4): Ein 19jähriges Mädchen, normal menstruiert, leidet seit ihrem 12. Lebensjahre an Anfällen, die in Zwischenräumen von 6—9 Monaten auftreten. Der Anfall verläuft folgendermassen: Zuerst Übelkeit und Schmerz über dem linken Auge; dann sinkt das linke obere Augenlid herab. Während des Anfalls ist die Kranke sehr schläfrig, zuweilen schwindlich. Die Untersuchung ergab vollständige Oculomotoriuslähmung links, nur der Sphincter Iridis ist nicht vollständig gelähmt. Nach einer Woche sind die Lähmungserscheinungen bedeutend zurückgegangen. Nach 2 Jahren erscheint die Patientin mit dem gleichen Symptomenkomplex wieder; 10 Wochen darauf war nur noch leichte Parese der gelähmten Muskeln vorhanden.

4. Fall von v. Hasner (5): Ein 17jähriges, seit 2 Jahren menstruiertes Mädchen leidet seit 4 Jahren an einer Lähmung des linken oberen Augenlids, welche jeden Monat seit Beginn der Menstruation, zugleich mit dieser eintritt und nach 3 Tagen wieder vollständig verschwindet. Die Untersuchung ergiebt auf der Höhe des Anfalls vollständige Oculomotoriuslähmung links. Nach 8 Tagen besteht noch Mydriasis. v. Hasner glaubt den Symptomencomplex durch eine zugleich mit der Menstruation auftretende hyperämische Drucklähmung des Ursprungskerns, des Wurzelgebiets des linken Oculomotorius erklären zu dürfen.

5. Fall von Möbius (1): Ein 6jähriges Mädchen bekam zum erstenmale im 11. Lebensmonat Schiefstellung des rechten Auges, anscheinend ohne Schmerz. Nach 3 Tagen war alles vorüber. Im 3. Lebensjahre kam ein zweiter Anfall: Es traten sehr starke Schmerzen in der rechten Kopfseite auf, darauf hing das rechte obere Augenlid herab, und das rechte Auge stellte sich schief. Im Laufe von 8 Wochen bildete sich die Lähmung allmählich wieder zurück. Seither kommt ein solcher Anfall jedes Jahr im August. Im Untersuchungsjahr (das 6. Lebensjahr) trat der Anfall schon im Frühjahr auf. Das Kind hatte 14 Tage lang Kopfschmerzen, mit Aufhören der Schmerzen setzte die Lähmung ein. Möbius ist geneigt, da die Anfälle immer schwerer und die freien Zwischenzeiten kürzer werden, anzunehmen, dass eine palpable Läsion in der Nachbarschaft des Oculomotoriuskerns zu finden sei. Die begleitenden Kopfschmerzen leitet er von Reizung der absteigenden Trigeminuswurzel ab.

6. Fall. Thomsen (6): Der 34jährige Kranke litt seit seinem 5. Lebensjahre an einer rechtsseitigen Oculomotoriusparese, die sich 1—2mal jährlich unter Kopfschmerzen und Übelkeit zu einer vollständigen rechtsseitigen Oculomotoriuslähmung steigerte. Seit seinem 13. Lebensjahre litt der Kranke an epileptischen Anfällen. Das Gesichtsfeld war beiderseits, rechts mehr als links, eingeschränkt, und mit der Lähmung nahm die Einschränkung zu oder ab. Richter (6a) hat den Fall bis zum Ende beobachtet. Bei der Sektion fand sich ein Fibrochondrom des rechten Oculomotorius. Die Nervenfasern vor und hinter dem Tumor waren von normalem Aussehen, die im Tumor selbst auseinandergesprengt und nicht atrophisch.

7. Fall. Remak (7): Ein 22jähriger Potator litt seit seinem 12. Jahre an Anfällen von linksseitiger Oculomotoriuslähmung. Dieselben traten unter heftigem, linksseitigem Stirnkopfschmerz auf; die Lähmung verlor sich nach 14 Tagen wieder. Anfangs traten die Anfälle 2mal jährlich auf, seit 3 bis 4 Jahren 3 bis 4mal jährlich. Sie dauern seither kürzer. Seit einigen Jahren ist eine leichte Deviation des linken Auges auch in der anfallsfreien Zeit zu konstatieren. Remak hält die Affektion für eine eigentümliche Form der Hemikranie, gleichwie mit andern Formen derselben Paresen der glatten Lidmuskeln einhergehen.

8. Fall. Saundby (8): Ein 7jähriger Knabe hatte seit 3 Tagen Übelbefinden und Schmerzen über dem rechten Auge und in der rechten Gesichtsseite. Es bestand Ptosis und Parese des Rectus internus rechts. Der Knabe hatte Doppelbilder. Der Schmerz hörte auf, und nach einer Woche war keine Augenmuskellähmung mehr vorhanden. Vor einem Jahre hatte der Knabe einen ähnlichen Anfall gehabt. Auf dem linken Ohr war Ausfluss aufgetreten, und der linke Facialis war in den unteren Zweigen etwas geschwächt.

9. Fall. Parinaud (9): Die Kranke ist jetzt 26 Jahre alt. Seit ihrem 7. Lebensjahre hatte sie Zeiten, in denen sie jeden Morgen nach dem Erwachen Schmerzen hatte, die sich über das linke Auge lokalisierten. Diese Zeit dauerte von 8 Tagen bis zu 2 Monaten. Mit Nachlassen der Schmerzen trat Lähmung des linken Oculomotorius ein, welche 2 bis 3 Monate dauerte. Dann kam eine freie Zeit von 6 bis 9 Monaten. Seit Eintritt der Menstruation im 15. Lebensjahr werden die Anfälle weniger heftig, und seit der Verheiratung im 22. Jahre nahmen sie noch mehr ab und dauerten nur noch 14 Tage. Bei einer Untersuchung während eines Anfalls ergiebt sich eine Parese des ganzen linken Oculomotorius mässigen Grades.

10. Fall. Weiss (10): Eine 20jährige Magd, welche wegen Lungenschwindsucht aufgenommen war, bekam plötzlich eine linksseitige totale Oculomotoriuslähmung, welche nach 12 Tagen zurückgegangen war. 3 Wochen später trat wieder dieselbe Lähmung auf, sie blieb 2 Wochen bestehen. Nach einigen Wochen, während welcher geringe Ptosis bestanden hatte, trat wieder links vollständige Oculomotoriuslähmung ein, die bis zum Tode der Kranken bestehen blieb. Bei der Sektion fand man ausser Phthisis pulmonum an dem Oculomotorius, da wo er aus dem Grosshirnschenkel austritt, zahlreiche graue, mohnkerngrosse Granulationen. Mikroskopisch liessen sich in denselben zahlreiche Tuberkelbazillen nachweisen. In die Tiefe griffen diese Granulationen nicht.

11. Fall. Simon Snell (11). Ein 8jähriges Mädchen hatte, seit es 18 Monate alt war, an Anfällen von Kopfweh und Übelkeit gelitten; während derselben war das linke Auge geschlossen gewesen und hatte sich nach dem Verschwinden der Schmerzen langsam wieder geöffnet. Die Anfälle wiederholten sich alle 6 Monate. Bei der Untersuchung zeigte sich vollständige Oculomotoriuslähmung links, der Augenhintergrund normal. Die Pupille reagiert nicht. Nach 6 Monaten besteht noch leichte Ptosis, geringer Strabismus divergens und Beschränkung der Beweglichkeit nach oben und unten.

12. Fall. Clark bemerkt im Anschluss an den Fall Snell (11), er habe einen ähnlichen Fall bei einem 12jährigen Mädchen gesehen. Vor den Anfällen trat Kopfweh über dem linken Auge auf neben Erbrechen und Verstopfung, dann einige Tage Strabismus divergens und Ptosis. Die Mydriasis hielt länger an. Die Anfälle traten etwa alle 6 Wochen auf.

13. Fall. Manz (12): Der Kranke giebt an, er leide schon seit frühester Kindheit an zeitweiligen Kopfschmerzen auf der rechten Seite. In seinem 14.—15. Jahre sei eine Blutentziehung an seiner rechten Schläfe gemacht worden. Seit dieser Zeit habe sich alle 4—6 Wochen eine rechtsseitige Augenlähmung eingestellt. Immer seien derselben heftige Kopfschmerzen vorausgegangen. Die Lähmung hatte

von einem Tag bis mehrere Wochen gedauert, in den letzten Jahren hatte sie durchschnittlich länger angehalten. Bei der Aufnahme hatte der Kranke eine vollständige rechtsseitige Oculomotoriuslähmung seit 4 Tagen, ausserdem dumpfen bohrenden Kopfschmerz hinter dem rechten Auge. Nach einigen Tagen trat wesentliche Besserung ein. Auch in der freien Zeit war die Pupille rechts etwas weiter als links, und es bestand Doppeltsehen beim Blick nach rechts.

14. Fall. Schäfer (13) citiert einen Fall von Oculomotoriuslähmung bei einem 9jährigen Mädchen, welche, nach allgemeinen Krämpfen aufgetreten, wieder verschwand und nach einem neuen Krampfanfall wieder kam.

15. Fall. Senator (14): 22jährige Frau. Dieselbe wurde 10 Monate lang beobachtet. Sie litt seit ihrem 8. Jahre an heftigen Schmerzanfällen in ihrer rechten Kopfseite, die gewöhnlich 3 Tage dauerten. Im 12. Jahre war ihr das rechte obere Augenlid zum erstenmale heruntergefallen, und sie hatte doppelt gesehen. Die Anfälle wiederholten sich alle 6 Wochen. Während des Anfalls war der rechte Oculomotorius vollständig gelähmt; die Lähmung ging vollständig zurück. Nur die rechte Pupille blieb eine Spur weiter als die linke.

16. Fall. Joachim (15): Ein Mädchen erkrankte mit 8 Jahren, nachdem es vorher längere Zeit über Kopfschmerzen geklagt hatte, an linksseitiger Oculomotoriuslähmung. Nach mehreren Wochen zweiter Anfall. Zuerst traten Kopfschmerzen und Übelkeit, dann eine Oculomotoriuslähmung links auf. Die Oculomotoriuslähmung kehrte später häufig wieder ohne Kopfschmerzen. Anfangs war in der Zwischenzeit eine Parese des linken Oculomotorius vorhanden. Nach $1^1/_2$ Jahren war die Lähmung vollständig verschwunden.

17. Fall. Joachim (16): Die 27jährige Kranke litt seit ihrem 11. Jahre an rechtsseitigen Migräneanfällen, die alle 3—4 Wochen eintraten. Vor 4 Jahren hing zum erstenmale nach einem leichten Anfall das rechte obere Augenlid herab. Bei der Untersuchung war vollständige Oculomotoriuslähmung vorhanden. Nach 3 Wochen war die Lähmung verschwunden. Nach 2 Jahren trat eine neue Lähmung auf. Nach 1 Jahr war der linke Oculomotorius noch paretisch.

18. Fall. Findeisen (17): Ein 20jähriger Kranker bekam nach mässigen Kopfschmerzen eine totale Lähmung des linken Oculomotorius. Nach einigen Wochen bestand nur noch leichte Parese. 4 Anfälle wurden beobachtet. Die Zwischenzeit wurde etwas kürzer, anfangs 6, später 4 Monate. Einige Monate nach dem letzten Anfall bestand noch Erweiterung der linken Pupille und Doppelbilder beim Blick nach oben und unten.

19. Fall. Bernhard (18): Der 55 Jahre alte Kranke hat in seiner Jugend an Migräne gelitten. Am Tage, ehe die Kopfschmerzen eingetreten seien, habe er immer geschielt. Die Anfälle seien alle 8

Tage aufgetreten. Das linke Auge ist bei der Untersuchung etwas nach aussen abgewichen, kann aber bei Verdeckung des rechten nach innen bewegt werden.

20. Fall. Bernhard (18): Der 19jährige Kranke giebt an: Zum erstenmale fiel ihm in seinem 11. Lebensjahre das linke obere Augenlid herab, auch sah er 2 bis 3 Wochen doppelt. Während dieser Zeit hatte er heftige Kopfschmerzen und Erbrechen. Diese Anfälle traten alle zwei Jahre auf. Schmerzen allein traten auch in der Zwischenzeit auf und wurden durch Antipyrin gebessert. Jetzt in der freien Zeit ist kein deutlicher Muskeldefekt vorhanden, nur sieht der Patient beim Blick nach oben und rechts den Gegenstand etwas undeutlich.

21. Fall. Charcot (19): Eine 35jährige Kranke hatte vom 16. bis 23. Jahre an starken Kopfschmerzen gelitten, die in einem Monat etwa 3mal auftraten. Im 31. Jahre bekam sie starke rechtsseitige Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen. Dieser Zustand dauerte 4 Wochen lang. Als er verschwand, bildete sich eine rechtsseitige vollständige Oculomotoriuslähmung aus. Nach einem Monat verschwand diese wieder. Nach 1 Jahr kam ein zweiter Anfall: die Kopfschmerzen dauerten 3 Wochen, die Lähmung 1 Woche. Nach 4 Jahren 3. Anfall: 4 Wochen bestanden Kopfschmerzen, dann Augenmuskellähmung, nach 5 Monaten bestand noch Parese sämtlicher Oculomotoriusäste rechts. Nach weiteren zwei Monaten waren sämtliche krankhaften Erscheinungen verschwunden.

22. Fall. Fürst (22): Ein 10 Jahre alter Knabe, der nicht erblich belastet ist, leidet seit 6 Tagen an Kopfschmerzen. Er hat zweimal erbrochen, seit 3 Tagen ist an dem linken Auge eine Störung bemerkbar. Der Oculomotorius links ist in allen seinen Zweigen beinahe vollständig gelähmt. Nach 5 Wochen vollständige Heilung auf Gebrauch von Jodkali. Nach $2^1/_2$ Jahren, während welcher Zeit der Knabe häufige Anfälle von Augenschmerz ohne Sehstörung gehabt hatte, trat wieder Ptosis ein. Es ist wieder der ganze linke Oculomotorius sehr stark paretisch. Nach 14 Tagen vollständige Heilung.

23. Fall. Darkewitsch (23): Ein 33jähriger Mann erkrankte nach Typhus im 14. Lebensjahre an rechtsseitiger Migräne, die allmonatlich auftrat und sich mitunter mit vorübergehender Ptosis und Diplopie vergesellschaftete. Nach 7jährigem Bestande wurden die Anfälle häufiger, bis die Ptosis ununterbrochen bestehen blieb.

Marina (20) beobachtete einen Fall, der aber wohl nicht in diese Reihe gehört: Eine 40jährige Frau bekam nach 2 verschiedenen Geburten, die 3 Jahre auseinander lagen, Oculomotoriuslähmung und Abducensparese, die wieder vollständig verschwanden.

In dem Fall, den Pel (24) beschreibt, ist wohl Tabes das Grundleiden.

Auch der Fall von Massalongo (25) gehört wohl nicht hier-

her; ebenso will ich den Fall von Kayser (21) nicht hier einreihen, da die Lähmung von einer Seite auf die andere übergeht.

Bei allen diesen oben zusammengestellten Fällen ist stets nur ein Oculomotorius betroffen, die Lähmung geht nie auf den Oculomotorius der andern Seite über.

Obgleich die Zahl der Fälle eine kleine ist, gebe ich im folgenden einige statistische Zusammenstellungen.

Männer sind betroffen 11mal, Weiber 13mal. Die Erkrankung scheint sich also bei beiden Geschlechtern gleich häufig zu finden. Der rechte Oculomotorius war 10mal, der linke 13mal betroffen; in einem Falle (dem 14.) ist nicht zu ersehen, welche Seite die erkrankte war.

Die Lähmungserscheinungen wurden zum erstenmale beobachtet in der Zeit vom 1. bis 10. Lebensjahr in den Fällen Nro. 5, 8, 11, 14, 16, 19, 22, also 7mal, vom 11. bis 20. Lebensjahr bei Nr. 2, 3, 4, 12, 15, 17, 18, 20, 23, unserem Fall, also 10mal, vom 21. bis 30. Lebensjahr bei Nro. 7, 9, 10, 13, also 4mal, vom 31. bis 40. Lebensjahr bei Nro. 6, 21, also 2mal. Im Falle Nro. 1 ist das Lebensjahr in dem von mir benutzten Referat nicht angegeben; es ist von einem „Mann“ die Rede, also ist es wohl eine erwachsene Person.

Die Anfälle wiederholen sich alle 8 Tage: Fall 19, — jeden Monat bei Nro. 4, 23, unserem Fall, alle 6 Wochen bei Nro. 12, 13, 15, 16, — alle 3 bis 9 Monate bei Nr. 2, 3, 6, 7, 9, 11, 18, — jedes Jahr bei Nro. 5, 8, 10, — nach mehreren Jahren bei Nro. 1, 17, 20, 21, 22. Nicht zu ersehen, in welchen Perioden der Anfall wiederkommt, ist es in Fall 14. Der Anfall selbst dauert 1 Tag bei Nr. 13, — einige Tage bei Nro. 4, 12, 19, 23, — eine Woche bei Nro. 3, 8, — 14 Tage bei Nro. 7, 10, 15, — 3 Wochen bis 2 Monate bei Nr. 1, 6, 9, 17, 18, 20, 21, 22, unserem Fall, — 2 bis 3 Monate bei Nro. 5, — bis zu einem halben Jahr bei Nro. 2, 11. Bei Nro. 14 und 16 ist die genaue Zeit nicht angegeben, sie dauern jedenfalls nur kurz. Migräne ist bei allen Fällen entweder vor oder zugleich mit den Lähmungserscheinungen vorhanden, mit Ausnahme von folgenden: bei 1 und 10 ist nichts

von Schmerzanfällen angegeben, bei 4 tritt die Lähmung zugleich mit der Menstruation auf, bei 14 nach Krämpfen. Rein periodisch nach dem Sinne Senators (14) sind die Fälle 1, 2, 4, 8, 9, 12, 15, 16, 22, periodisch exacerbierend die übrigen und unser Fall.

Bei den 3 Fällen, die zur Obduktion kamen, wurde gefunden: Bei Gubler (1) ein plastisches Exsudat an der Gehirnbasis, bei Weiss (10) an dem erkrankten Oculomotorius, da wo er aus dem Gehirnschenkel austritt, tuberkulöse Granulationen, und in dem Fall Thomsen (6)-Richter (6a) ein Fibrochondrom im Verlaufe des Oculomotorius.

Wenn wir uns nun an der Hand unseres Falles überlegen, wo wohl der Herd der Erkrankung liegen könnte, so kommen hier 4 Möglichkeiten in Betracht:

1) der Herd ist cortikal,
2) er ist im Verlauf der Fasern von der Rinde zum Kern,
3) er ist im Kern selbst,
4) er ist basal, d. h. im Verlaufe der Nerven vom Austritt aus dem Gehirn bis zum Auge.

Wenn ein Herd in der Rinde der einen Seite liegen würde, so glaube ich, würde der Patient, da die Augenbewegungen alle coordiniert sind, das Auge noch mitbewegen können, jedenfalls würde die Pupille noch reagieren.

Wenn der Herd im Verlaufe der Fasern von der Rinde zum Kern sitzen würde, so ist es kaum denkbar, dass bloss gerade die Fasern des Oculomotorius betroffen wären, es müssten auch noch andere Herderscheinungen vorhanden sein.

Ich glaube auch nicht, dass der Kern des Oculomotorius der betroffene Teil ist. Es liegen die beiden Kerne so nahe beisammen, dass es kaum denkbar ist, dass nur der eine betroffen würde, während der andere ganz frei bliebe, während der Process, wie bei unserem Fall, doch deutlich progressiv ist.

Am leichtesten erklärbar ist wohl das Krankheitsbild, wenn man eine Affection des Nerven extracerebral annimmt. Auch die 3 Obduktionsbefunde (Fall 1. 6. 10) sprechen dafür.

Wie diese periodische Lähmung zustandekomme, darüber sind die Ansichten sehr geteilt. Oppenheim (26) glaubt: wie es Migräneanfälle mit oder ohne Aphasieen, Paresen, Hemianopsie giebt, so habe man auch Migräne mit oder ohne Oculomotoriuslähmung. Diese Formen können leicht oder schwer sein. Bernhard (18) nimmt eine Intoxikation, Charcot (19) einen Gefässkrampf an, Senator (14) glaubt, dass die Lähmung eine Reflexlähmung sei.

Ich möchte annehmen, dass nicht bei allen Fällen die gleiche Grundursache vorauszusetzen sei.

Für die Fälle, bei denen zugleich mit den Migräneanfällen die Lähmung erscheint, nachher aber sofort wieder verschwindet, kann man vielleicht daran denken, dass dieselbe Ursache, die man übrigens auch noch nicht kennt, die sonst nur Migräne hervorruft, auch den Oculomotorius afficieren könnte.

Aber bei den schweren progressiven Fällen, zu denen der unsrige zählt, glaube ich, dass ein pathologisch-anatomisch greifbarer Prozess vorhanden ist, der den Oculomotorius schädigt und zugleich durch Reizung der Gehirnhäute die migräneartigen Erscheinungen hervorruft. Es ist z. B. denkbar, dass durch irgend eine Verletzung oder andere Schädigung sich im Verlaufe des Oculomotorius ein Exsudat gebildet hat, das diesen comprimiert und zugleich den Schmerz macht. Es wird wieder resorbiert, die Erscheinungen verschwinden. Eine neue Schädlichkeit wirkt ein, das Exsudat bildet sich wieder. Im Laufe der Zeit kann diese Exsudatbildung geringer werden, so dass Besserung eintritt, wie z. B. bei Fall 9.

Wenn wir einen langsam wachsenden, nicht malignen Tumor annehmen würden, so liesse sich gerade unser Fall befriedigend erklären. Ein Tumor wächst in der Scheide des Oculomotorius: er wird so gross, dass er in der Scheide keinen Platz mehr hat, der Oculomotorius wird gedrückt, zugleich der Blutzufluss zum Tumor abgeschnitten; er steht im Wachstum still, die Scheide dehnt sich, der Oculomotorius kann wieder funktionieren. Diese Abwechslung dauert so lange, bis der Tumor so gross ist, dass er den Oculomotorius zerstört hat, dann wird die Lähmung eine dauernde.

Das Fibrochondrom, das bei der Obduktion von Fall 6 gefunden wurde, kann als Beispiel für diese Theorie angeführt werden.

Zum Schluss sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr Liebermeister, für die gütige Anregung sowie für seine liebenswürdige Unterstützung bei meiner Arbeit meinen tiefgefühltesten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1) Möbius: Berliner klinische Wochenschrift 1884. Nro. 38.
2) Gubler: Schmidts Jahrbücher Band 107. 1860, pag. 299.
3) Gräfes Fall angeführt bei Mauthner, Gehirn und Auge. Wiesbaden, 1881.
4) Saundby: Lancet 1882, Vol. II, Nro. IX, pag. 345.
5) von Hasner: Prager medizinische Wochenschrift 1883· Nro. 10, pag. 89.
6) Thomsen: Neurologisches Centralblatt, Jahrgang III, 1884 Nro. 23.
6a) Richter: Archiv für Psychiatrie, Band 18, 1887, pag. 259.
7) Remak: Neurologisches Centralblatt, Jahrgang III. 1884. Nro. 23.
8) Saundby: Lancet 1885, Vol. I, Nro. 2, pag. 57.
9) Parinaud: Bulletins et mémoires de la société française d'ophthalmologie Band III. 1885. Jan. 29.
10) Weiss: Wiener medizinische Wochenschrift, Band XXXV, 1885, Nro. 17.
11) Simon Snell: Lancet 1885, I 21. Mai 23. pag. 938.
12) Manz: Berliner klinische Wochenschrift 1885, Band XXII, Nro. 40.
13) Schäfer: Archiv für Kinderheilkunde, Band V, 1884, pag. 417.
14) Senator: Zeitschrift für klinische Medizin, Band XIII, 1888, S. 252.
15) Joachim: Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band 28, 1888.
16) Joachim: Deutsches Archiv für klinische Medizin, Band 44, 1889.
17) Findeisen: Ein Fall von periodisch-exacerbierender Oculomotoriuslähmung. Dissertation. Jena 1889.
18) Bernhard: Berliner klinische Wochenschrift, Band XXVI, 1889, Nr. 47.
19) Charcot: Leçon du Prof. J. M. Charcot rec. par le Dr. Guinon. Progrès medical. Tome XII, 1890, Nro. 31. 32.
20) Marina: Über multiple Augenmuskellähmungen. Wien 1896.
21) Kayser: Über recidivierende Oculomotoriuslähmungen. Dissertation. Berlin 1892.
22) Fürst: Centralblatt für Augenheilkunde. 1888. pag. 211.
23) Darkewitsch: Deutsches Archiv für klinische Medizin, Band 50. 1892. Nro. 4—5.
24) Pel: Berliner klinische Wochenschrift 1890. Nro. 1.
25) Massalongo: Riforma medica 1891. Nro. I, pag. 398.
26) Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin. 1894.
27) Mauthner: Die Lehre von den Augenmuskellähmungen. Wiesbaden 1889.
28) Möbius: Neurologische Beiträge. Leipzig 1895. 4. Heft.